

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS**

**Marisol Guevara Penate**

**Pelotas, 2015**

**Marisol Guevara Penate**

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes mellitus da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Giselle Lima Aguiar Correia

P397m Penate, Marisol Guevara

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS / Marisol Guevara Penate; Giselle Lima Aguiar Correia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, e a minha família que, de longe, me apoiou em todos os momentos. A minha orientadora que ajudou nessa construção e aos amigos que me deram força e me ajudaram direto ou indiretamente nessa conquista.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus e à vida, por cada dia, por me fazer uma melhor profissional e um melhor ser humano.

Agradeço a minha orientadora Giselle Lima Aguiar, porque sem ela, não seria possível chegar ao final de meu trabalho.

Agradeço a minha equipe de trabalho, pela paciência de me ajudar, e por me ensinar o trabalho com a tecnologia e desafio de enfrentar um novo idioma.

Agradeço o apoio dos gestores do município de Barra de Quaraí/RS.

Agradeço a minha família toda, e em especial, as minhas filhas, pela força para comigo, para poder suportar a separação e para poder cumprir e voltar com a satisfação do dever cumprido.

## Resumo

PENATE, Marisol Guevara. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS.** 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o Diabetes Mellitus (DM) são condições inicialmente assintomáticas, altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, trazendo um desafio para o sistema público de saúde, sendo que a cronicidade dessas condições torna este desafio ainda maior. A ESF é a porta de entrada, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Verificou-se a necessidade de melhorar a atenção ao hipertenso e diabético considerando-se para a intervenção o objetivo de Melhorar da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS de Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS Para a realização da intervenção, foram utilizados os Protocolos e Manuais Técnicos de Hipertensão e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde. Utilizamos a ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, planilha de coleta de dados, fornecida pela Universidade Federal de Pelotas. O projeto foi executado a partir dos quatro eixos pedagógicos: O Monitoramento e Avaliação, a Organização e Gestão de Serviço, o Engajamento Público e a Qualificação da Prática Clínica. Temos uma população de 1216 usuários dados do CPA na área rural do município com uma estimativa na área de abrangência de 102 usuários hipertensos e 25 usuários diabéticos. Após a intervenção, foi possível cadastrar 100% dos usuários, desenvolvendo todas as ações propostas, com resultados satisfatórios durante as 12 semanas em que foi desenvolvida a intervenção. A intervenção foi de suma importância para a comunidade, já que para a população, era um desejo de ter uma ESF de nova formação, para o atendimento da área rural. A intervenção chegou impactar a comunidade, qualificando a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos que se mostrou com muita gratidão pela prioridade no atendimento e acompanhamento. Também com a satisfação da criação do grupo de HIPERDIA, desenvolvendo atividades integradas com os profissionais da saúde, nutricionista, psicóloga, assistente social e odontóloga. Apesar de alcançar 100% da cobertura, a equipe continua trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos. A ação programática voltada aos hipertensos e/ou diabéticos foi incorporada à rotina da ESF, ainda que, com limitações derivadas da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, pois, foi possível observar melhorias no atendimento aos usuários, proporcionando ainda, maior engajamento público. Os bons resultados adquiridos foram conseguidos devido o conhecimento e a boa capacitação dos profissionais ao profissionalismo, conhecimento, superação e comprometimento de cada integrante da equipe e de todas as ferramentas garantidas pelos gestores de saúde, para o bom desenvolvimento de cada ação programática de toda a equipe. Foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo, os exames complementares foram avaliados para aqueles que estavam em dia e os demais receberam solicitação para sua realização, pois chegavam à consulta anual sem exames sendo possível a solicitação a todos os hipertensos e diabéticos ficando alguns com pendência dos resultados porque como dificuldade, teve o laboratório de referência em greve que atrasaram um pouco o agendamento e realização dos exames além de se cadastrar

na última semana não dando tempo sua avaliação até encerrar a intervenção, hoje todos estão recebendo os medicamentos priorizados da farmácia-popular/HIPERDIA e a comunidade em geral, foram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso. É bom destacar que a busca de faltoso não seria possível cumprir sem o trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde para que nosso trabalho se desenvolvesse sem dificuldades por tratar-se de uma área rural, com difícil deslocamento dos usuários. A avaliação de risco cardiovascular foi afetada por pendências dos resultados dos exames. Todos receberam orientações sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os malefícios do hábito de fumar e sobre higiene bucal sendo possível a realização desta atividade devido a capacidade dos profissionais da equipe e serem capazes de orientar aos usuários de forma adequada, tanto na consulta individualizada, como na comunidade, como na atividade do grupo e devido ao trabalho integrado com a nutricionista, psicóloga, educadora física e equipe odontológica. A partir dos resultados, pôde-se observar que a intervenção foi importante para qualificar o serviço prestado e aproximar à comunidade da equipe profissional, melhorando a visão da população sobre os serviços de saúde e estimulando os profissionais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Barra de Quaraí - RS,- 2015.	58
Figura 2	Proporção de diabéticos cadastrados do UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.	59
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.	61
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.	62
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015,	63
Figura 6	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Barra de Quaraí - RS 2015.	64
Figura 7	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.	68
Figura 8	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.	69



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema Informação Atenção Básica
SUS	Sistema Único Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão .....	73
5 Relatório da intervenção para gestores .....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	80
Referências .....	81
Anexos. ....	83

## **Apresentação**

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). O Trabalho teve o objetivo geral de Melhorar a Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS de Barra de Quaraí, Barra de Quaraí /RS.

A primeira parte do volume inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS de Barra do Quaraí / RS, que abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS.

A segunda parte faz a análise estratégica que mostra a justificativa junto com os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e também a metodologia e detalhamento das ações.

Por sua vez, a terceira parte do volume consiste no relatório da intervenção, especificando como se desenvolveu a intervenção, ações previstas e realizadas, ações previstas e não realizadas, aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, viabilidade de incorporação das ações à rotina de serviços.

A quarta parte do volume faz a avaliação da intervenção, demonstrando os resultados em seus aspectos qualitativos e quantitativos, e faz discussão acerca do que foi alcançado com a intervenção, importância da intervenção para a equipe, serviço e comunidade, o que poderia ter sido realizado diferente, viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço, apresentando os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço.

Ademais, a quinta parte consta o relatório para gestores, o qual mostra a qualificação da atenção à saúde resultante da intervenção, e aponta aos gestores os

aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada e os aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço.

A sexta parte do volume é o relatório da intervenção destinado à comunidade, abordando o que e como foi feito, quais os avanços e possibilidades futuras. E por fim, fizemos uma reflexão crítica do processo de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A organização dos Municípios é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da Estratégia Saúde da Família, para que as equipes disponham de instalações adequadas de profissionais qualificados e em número suficiente, onde eles garantem recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade ao acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área, além de garantir acessibilidade da maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência, ou mobilidade reduzida de maneira autônoma e segura, de ambiente, edificação e mobiliário.

É importante que a concepção arquitetônica da UBS se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado e que o identificador da unidade seja clara.

A UBS foi implementada em 2008, tem um ambiente adequado, quanto a condições estruturais, existe bastante concordância com o modelo abordado no manual.

Existe mapeamento geográfico atualizado em 2011, com 100% da zona urbana cadastrada, este se faz de forma sistemática, a equipe está composta por 2 Médicos, Enfermeira, Técnica em Enfermagem, Auxiliar em saúde Bucal, Cirurgiões Dentistas, 5 Agentes de Saúde Comunitária (ACS) e Recepcionista. Não temos Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), porém contamos com Núcleo Apoio Atenção Básica (NAAB), com psicólogo, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Médico Ocupacional, Bioquímico, Assistente Social e Ginecologista.

Temos uma recepção com ambiente adequado com arquivo de prontuário, sala de espera para 15 pessoas, de reuniões com almoxarifado, três

consultórios médicos sem sanitários, sendo importante para a consulta de ginecologia. Contamos com dois sanitários, um para funcionários, e outro para usuários. Não temos para deficientes. Nossa ESF, encontra-se ao lado da USB, esta tem uma Sala de Vacina, Nebulização, Farmácia, Cozinha, Sala de Esterilização, Sala de Coleta de Material para análises clínica e Guarda que brinda o serviço à ESF.

Existe sinalização visual dos ambientes que permitem a comunidade através de figuras. Existem cadeiras e entradas adequadas para pessoas com deficiências.

Não temos escovaria para odontologia, compressor se encontra em área exterior bem protegido. Tem depósitos para material de limpeza, recepção/lavagem e descontaminação de material, abrigo para residuais sólidos (expurgo), depósitos de lixo não contaminado. As ACS utilizam a sala de reuniões já que não tem.

Os ambientes, todos tem ventilação indireta (exaustor) que possibilitam a circulação de ar, tem iluminação natural, todas as paredes são de superfície lisa, mas não lavável, os pisos todos são regular, firme, estável e antiderrapante e laváveis, tem cobertura de proteção telhado com laje, as portas são revestidos de material laváveis, as janelas não tem mosquiteiros, sendo indispensável para a área da cozinha e curativos, como também são os lavatórios e/ou pia que possuem torneiras com fechamento que dispense do uso das mãos. Todos os armários, prateleiras, são de superfície lisa e de fácil limpeza e desinfecção. Todos os espaços têm boa área física.

Os depósitos de lixo não contaminados está fechado com ventilação e proteção e o recolhimento se faz conveniado com a prefeitura, e os sólidos com uma Empresa Privada.

É de competência de União dos Estados do Distrito Federal, dos Municípios, cuidar da Saúde e Assistência Pública, dar proteção e garantir o atendimento as pessoas portadora de deficiências, portanto, é responsabilidade da Atenção Básica, estar preparada para atendimento desta importante demanda que recorre as ESF em busca de 13 repartições de saúde, garantindo uma boa acessibilidade livre e sem dificultar a uma maior intervenção do Sistema Único Saúde, no sentido de qualificar as estruturas das ESF. Garantindo a possibilidade de ingresso seguro, os locais onde estão entaladas, aumentando as chances de atendimento, com qualidades e respeito, esta importante parcela de usuários.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Barra do Quaraí é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, município mais ocidental do estado e de toda a Região Sul do Brasil, e é um dos pontos extremos deste estado. Tem uma altitude média de 35 metros acima do nível do mar. Sua população estimada atualmente é de 4.016 habitantes segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da prefeitura da cidade. Está a 717 km da Capital, Porto Alegre (sendo o município gaúcho mais distante da Capital) e a 555 km do litoral, tomando como ponto de referência, a cidade de Colônia do Sacramento no Uruguai. O município ocupa a área de confluência entre o Rio Uruguai e o Rio Quaraí, moldando o município a um formato de triângulo ou de península fluvial. Seu ponto mais ocidental localiza-se numa ilha a sudoeste desta confluência, disputada entre o Brasil e o Uruguai há mais de cem anos, sendo denominado como a Ilha Brasileira, já dentro das águas do Rio Uruguai. Possui uma área de 1.056,10 km<sup>2</sup>. É um município que conta com as águas do rio Uruguai através do qual tem fronteira fluvial com a Argentina, além de fronteira fluvial com o Uruguai através do rio Quaraí, onde há a ponte internacional que liga os dois países e possibilitou uma forte atividade comercial, devido ao câmbio favorável para a Fronteira. Esta atividade comercial foi prejudicada pela valorização do Real frente ao Peso uruguaio, e agora a economia do município baseia-se na atividade agropecuária.

No Município da Barra do Quaraí, foi implantada uma UBS tradicional em Janeiro de 2008, oferecendo atendimento a toda população. A cidade possui 4.016 habitantes, desse total de habitantes, 2800 são da zona urbana e 1216 da zona rural, com um maior número de homens que mulheres de acordo com o padrão de distribuição da população. Não existe Centro de Especialidades Odontológico (CEO), não temos NASF, porém contamos com Núcleo de Apoio Atenção Básico (NAAB), com psicólogo, profissional de Educação física, Fisioterapeuta, médico Ocupacional, Bioquímico, Assistente Social e Ginecologista. Contamos com poucas disponibilidades de exames complementares, a maioria são realizados em laboratórios contratados pela Secretaria de Saúde Municipal e são gratuitos pelo convênio SUS. Prefeitura dispõe também, para atenção especializada.

Existe mapeamento geográfico do município, atualizado em 2011. A ESF-I tem cadastrado de 100% da zona urbana e está composta por 1 Médico, Enfermeira, Técnica em Enfermagem, Auxiliar em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, 5 Agentes Comunitárias de Saúde e Recepcionista. A ESF-II composta até agora por 1 Médico, enfermeiro, Técnica em Enfermagem, 5 ACS, uma para cada área adstrita na zona rural, que são de difícil acesso. Elas não dispõem de nenhum meio de locomoção. As visitas diárias são feitas a pé, caminhando, dificultando o trabalho, já que as casas estão uma muito longe da outra, até agora, contamos só um dia da semana com um transporte para visita médica e uma agente de saúde fazer visita domiciliar aos casos prioritários. A Secretaria de Saúde trabalha na compra de uma camioneta para o trabalho na comunidade rural e viabilizar a atenção a Saúde da população, e foi colocada uma cirurgiã Dentista que ainda não começou por problemas de saúde.

Os gestores trabalham em função do complemento da Equipe. Hoje esta equipe oferece atendimento em uma unidade móvel, até que termine a construção da nova ESF, que está prevista para Janeiro de 2015. Nossa Equipe II está em processo de cadastramento dos usuários. Estou oferecendo atendimento espontâneo de consulta e visita domiciliar aos casos, priorizando os de risco, identificado no processo de cadastro, uma vez por semana. Uma vez cadastrada a população, o atendimento será realizado de forma agendada, como estabelece o programa. Não contamos com serviços especializados, não temos Hospital nos casos necessários, neste caso, são encaminhados a Uruguaiana, que fica à 70 km do município. Temos 3 escolas, duas na zona urbana do município e uma na zona rural. A equipe tem vínculo do trabalho com elas, fazendo atividades de promoção e prevenção, tanto pelo médico, como pelo odontólogo.

A UBS tem um ambiente adequado quanto às condições estruturais. Existe bastante concordância com o modelo abordado no manual sobre a estrutura que deve ter, com atendimento 24 horas para urgências e emergências.

As duas ESF oferecem dois turnos sem trabalhar final de semana. Na ESF-I tem uma recepção com ambiente adequado, com arquivos de prontuário, sala de espera para 15 pessoas, uma sala grande de reuniões, com almoxarifado, onde se realizam atividades de grupo e/ou atividades coletivas, possui sala de procedimentos, três consultórios médicos sem sanitários, sendo importante para consulta ginecológica. Contamos com um sanitário para usuários e outro para funcionários, não temos para deficientes. Graças ao conhecimento adquirido através



desta especialização, solicitamos mudança na construção da nova ESF -II que os mesmos foram realizados. No primeiro relatório, não existiam sinalização visual dos ambientes através de figuras e nem recursos auditivos, problema que foi identificado e hoje já temos.

A ESF- I se encontra ao lado da UBS, esta tem sala de vacina. A equipe trabalha com cartão espelho de vacina, sala de nebulização, Farmácia, cozinha, sala de esterilização, sala de coleta de material para análises clínicas e guarda que cuida do imóvel.

Em relação às atribuições da equipe, estamos em um momento de transição, não permanente, que deve resolver com a implantação da obra em curso. Nestes momentos, não podemos oferecer consultas de controle a gestantes e crianças de (0-3 anos) porque não temos as condições criadas na unidade móvel para oferecer, e temos identificados e controlamos que passem pelas consultas programadas. Oferecemos acompanhamento domiciliar, identificando riscos de saúde e oferecendo ações de prevenção e promoção.

A demanda espontânea em nossa ESF, não foi um problema já que a comunidade conhece que as consultas ocorrem de forma agendada. As Urgências e emergências são atendidas na UBS sem excesso na demanda, onde depois são encaminhadas para ESF para acompanhamento agendado. Agora na ESF II oferece atendimento na Unidade móvel de forma espontânea, sem excesso de demanda ao número diário de usuários, que não varia muito, sempre realizando classificação de risco, saindo com a próxima consulta programada, uma vez cadastrada a população, ocorrerá de forma agendada como deve ser sem deixar de ver aquela demanda espontânea que precisa de pronto atendimento. Agora com nossas limitações, tratamos de oferecer o melhor dos acolhimentos para população, até que termine a obra em construção, garantindo por toda a equipe, promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e realizando busca ativa dos usuários faltosos os dos grupos de lactantes, grávidas, usuários com doenças crônicas e notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. Trabalharemos na formação de grupos de HIPERDIA, Idosos, gestantes, adolescentes, mulheres.

O território tem uma área de 1.056.10 km<sup>2</sup>, sendo agropecuária a maior atividade produtiva. Nosso município consta com uma UBS e com uma só ESF-I, oferecendo cobertura de 100% da área urbana, em agosto deste ano, foi criada uma

nova ESF-II para dar cobertura a toda à população da zona rural do município, na qual atuo como médica.

As consultas às criança de 0 a 72 meses tem uma estimativa de cobertura de 100% **(27 crianças)**. São realizadas também em outro centro, já não temos condições para realizar as mesmas, orientamos para as crianças comparecerem às consultas em tempo oportuno para que o teste de pezinho seja realizado em todos os recém-nascidos, antes dos sete dias e durante a primeira consulta. As crianças são acompanhadas e avaliadas, com subsequente orientação à mãe e/ou a outros familiares. Quanto ao seu crescimento físico e nutricional, e orientações sobre aleitamento materno, orientamos que a maioria ofereça aleitamento materno exclusivo, até os seis meses e alimentos complementares a partir dessa idade, com manutenção da amamentação até dois anos ou mais. A equipe trabalha com programa de vitamina A e saúde de ferro, conforme o protocolo exige, imunização, higiene pessoal, domiciliar, ambiental e mental, segurança e proteção contra acidentes, identificação de agravos e situações de risco e são encaminhados para onde se realizam um acompanhamento mais especializado. São solicitadas as carteiras das crianças por toda a equipe, para avaliar estado vacinal das mesmas e as curvas de crescimento, estatura e ganho ponderal de peso, para assim, avaliar seu estado nutricional. E todas as consultas, são realizadas atendendo ao protocolo de atenção à criança, estabelecido pelo Ministério da Saúde e a enfermagem leva um registro específico e realiza monitoramento mensal. Todas as crianças são encaminhadas também para avaliação odontológica, desde sua primeira consulta.

Para que assistência de pré-natal seja adequada, impõe-se que ela seja precoce e assídua. Temos uma estimativa de 7 gestantes para a população de minha área de abrangência tem uma estimativa de cobertura de 100%. Contamos com pessoal capacitado, para a precoce detecção de patologias maternas como fetais, permitindo uma gravidez e parto seguro e bebês saudáveis e evitar a morte materna, perinatal e infantil. Nossa Unidade móvel não tem condições para realizar consultas às grávidas, eles são atendidos em outro centro de saúde, para seu controle, até que termine a obra em construção. Nós controlamos que não sejam faltosas, e cumpram com todas as orientações, que tenham a próxima consulta programada agendada e oferecemos acompanhamento domiciliar delas, com ações de prevenção e promoção, identificando todos os fatores de riscos e agravos, também identificados àquelas que desejam engravidar para começar seu

preparo com ácido fólico. Conversamos com as gestantes sobre a anticoncepção no pós-parto, sua revisão puerperal até 7 dias. Tudo é registrado no prontuário clínico, através do formulário especial do pré-natal, sistema informático do SUS.

Todas estão com o acompanhamento odontológico adequado, desde sua captação. Contamos com pouca disponibilidade de exames complementares. A maioria é realizada em laboratórios contratados pela Secretaria de Municipal de Saúde e são gratuitos pelo convênio SUS e prefeitura, assim como as ecografias, garantindo sua pronta realização seja antes da próxima consulta. Nossa ESF realiza teste rápido de HIV e Sorologia. Todas as grávidas são avaliadas pelo Especialista em ginecologia que de 15 em 15 dias atende no centro de saúde. Nos casos de alto risco, são encaminhadas para consultas especializadas em Uruguaiana, e internadas em caso que precisem.

Nossa equipe atua junto com o cadastro dessa nova população. Atualmente contamos com uma estimativa de 102 hipertensos e 25 diabéticos com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade, com ênfases nos fatores de risco, como os maus hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e de como estas doenças são fatores predisponentes para acidente vascular encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Retinopatias, insuficiências renais e identificando os usuários que correm estes riscos.

Os atendimentos a usuários com HAS e DM que procuram de forma espontânea à unidade móvel, é avaliada adequadamente, com exame físico correto e são realizados os exames complementares necessários para seu controle, daí sai com a próxima consulta agendada. Todo atendimento é registrado no prontuário clínico do indivíduo. Uma vez cadastrada toda a população, será de forma agendada que ocorra este acompanhamento, sempre com espaço para o atendimento da demanda espontânea. Ainda não temos os dados precisos para o preenchimento do caderno de ações programáticas.

A unidade não utiliza nenhum Programa específico do Ministério da Saúde para a hipertensão e diabetes. Também não há um fluxograma para atendimentos específicos destas doenças crônicas.

Há necessidade de se iniciar ações programáticas mais resolutivas para estes grupos. Sem dúvida são grupos que necessitam de um olhar mais profundo e uma atenção prioritária. Proporcionar a equipe maior acesso ao protocolo técnico

assistencial e aos cadernos de Atenção Básica, para que assim possa-se realizar um trabalho em conjunto e resolutivo para estes grupos.

Em relação à prevenção de câncer de colo de útero e controle de mama, tem uma estimativa de cobertura de 100%, nossa equipe trabalha na disseminação com atividades educativas da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, tão quanto às ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico. A mamografia além de ser realizada pelas mulheres com faixa etária compreendida dentro do programa se realiza rastreamento nas mulheres que tem sintomas ou alterações no exame físico. A equipe trabalha na identificação de mulheres de 25 a 64 anos que não tem atualizado o exame citopatológico, para agendar a data para sua realização. Temos atualmente, uma estimativa de 174,72 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Esta atividade deve ser realizada no cotidiano das equipes e também naquelas com risco e que iniciem suas relações sexuais. A equipe faz controle semanal do programa na reunião da equipe. Após o recebimento de um exame "positivo", realizamos o acompanhamento dessa usuária, encaminhamos ao serviço de referência especializada para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento e acompanhá-la durante sua doença e aumentar sua qualidade de vida. Os registros e procedimentos realizados para o levantamento de dados para possíveis programações de ações e análises dos indicadores, são realizados em sistema informático do SUS e nos prontuários clínicos.

Nosso trabalho é assegurar a atenção aos idosos tem uma estimativa de cobertura de 100%, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde e ações coletivas na comunidade. Temos uma estimativa de 67 idosos e 5 com dificuldade de deambular ou acamado. As atividades de grupo são garantidas para integralidade da atenção. Estamos cadastrando e indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde, das características físicas e emocionais, conhecendo suas doenças, evitando o excesso de medicação e automedicação. O preparo do domicílio para evitar acidentes, promovemos sua autonomia, alimentação saudável, prática corporal (atividade física), não uso e

abuso de álcool, integração e participação efetiva na sociedade e confirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento. Conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica, por isso toda nossa equipe, trabalha em função de sua entrega, junto com o cadastramento da população. Uma vez cadastrados, formaremos o grupo de HIPERDIA.

O atendimento Odontológico na zona rural para o momento está sendo oferecido pela Odontóloga e auxiliar dental da equipe I, até que se incorpore a nossa, priorizando as grávidas, as crianças de 0 a 3 anos, onde se conscientiza as mães através, do projeto Bebê Odonto, a importância do hábito de higiene bucal, a familiarização das crianças com o consultório, o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação e a valorização da dentição decídua e permanente. O controle é feito através do retorno da criança para avaliação, de acordo com o perfil de risco da criança e família. Oferece atendimento em consulta agendada entre os quatro dias da semana nos dois turnos e realiza nas quintas-feiras, prevenção nas escolas com palestras, escovação supervisionada, aplicação de flúor.

A Equipe de Saúde realiza reuniões uma vez por semana, para avaliação e monitoramento do processo de cadastramento. Produzem relatórios com os resultados encontrados para um melhor atendimento. Cumpre com todos os protocolos de trabalho emitidos pelo sistema de saúde.

Temos muito trabalho pela frente para fortalecer Atenção Primária à Saúde, para que esta seja realmente uma porta de entrada aberta e resolutiva.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.**

Nosso município ,comparada com o início do trabalho, vai a passos gigantescos, e resolutivos como a nova criação da ESF-II, dando atendimento à zona rural. O início do relatório não estava dentro da área de abrangência da equipe I. Agora com cobertura de 100% da população do município, também se planeja garantir os medicamentos de forma controlada, com planejamento nos diferentes

estilos de vida e controle do uso indiscriminado de medicamentos, citados no início do relatório.

As medicações eram insuficientes, não tínhamos no início, sinalização visual dos ambientes, através de figura para braile, nem recursos auditivos. Problema que foi identificado e graça ao estudo que estamos fazendo, e trabalho da equipe, hoje já temos. Com o conhecimento dos direitos dos usuários, o acolhimento cada dia é melhor com satisfação da população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2013a). O DM é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. Apenas no Brasil, 12 milhões de pessoas têm diabetes, e muitas ainda nem foram diagnosticadas (BRASIL, 2013b).

Nossa ESF é de nova formação em construção em relação à estrutura física trabalhamos para que não existam as deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho e já identificados na estrutura anterior. Nossa ESF composta até agora com 1 Médico, enfermeiro, Técnica em Enfermagem, 5 Agentes de Saúde uma para cada área adstrita na zona rural que são de difícil acesso, elas não dispõem de nenhum meio de locomoção. Possui 1216 habitantes na zona rural, com um maior número de homens que mulheres de acordo com o padrão de distribuição da população com 100% de cobertura.

A população-alvo da intervenção são todos os usuários com 20 anos ou mais cadastrados na minha ESF, ainda não temos a totalidade real, por isso trabalhamos com a estimativa, porque estamos no processo de cadastramento, temos um total de 102 pessoas com HAS e 25 usuários com DM estimativa do CAP. Quanto à adesão de população-alvo atualmente atendidas em minha ESF, faz-se a busca ativa de usuários faltosos tanto hipertensos como diabéticos. No atendimento se realizam exames clínicos para o total de usuários com HAS e DM, garante a realização de exames complementares acordo com o protocolo para usuários

Hipertensos e diabéticos, se prioriza a prescrição de medicamentos da farmácia popular para o 100% de usuários cadastrados com HTA e DM, com as atividades de promoção e prevenção para mudar estilo de vida e a falta de remédios deixou de ser um problema da ESF. Tratando-se de estimular a participação deles nas atividades de grupo com hábitos alimentícios saudáveis. E quanto às ações de promoção de saúde, na ESF são desenvolvidas a orientação nutricional ao usuário diabético e hipertenso sobre uma alimentação saudável, sobre a prática regular de exercícios físicos. Também, orientações sobre riscos do consumo de tabaco e álcool, prejudiciais para a saúde e como fator desencadeante destas doenças, e orientação sobre higiene bucal.

Toda a equipe de trabalho se encontra bem envolvida na escolha do foco de intervenção, estando de acordo com o projeto. As principais dificuldades/limitações existentes na ESF neste momento, é a demora na marcação dos exames complementares e usuários faltosos à consulta pelo difícil acesso da população às consultas, por ser uma área muito extensa e rural. Com nossa intervenção, pretendemos criar estratégias de trabalho para melhorar a qualidade de vida dos usuários com estas doenças e da comunidade em geral. A intervenção é importante no contexto da ESF, porque permitirá o cadastramento de 100% de usuários com HAS, DM, além da incorporação e participação ativa deles em atividades de grupo para promover estilo de vida saudável, evitando as complicações que trazem estas doenças.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí /RS.



### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado periódico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas no Município de Barra de Quaraí/RS. Porém foi necessário o encurtamento para 12 semanas por orientação do curso. A nossa população-alvo será os usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais da área de abrangência da equipe. Ainda não temos a totalidade de cadastrados porque estamos no processo de cadastramento. Estima-se segundo o CAP, de 1216, em torno de 102 são usuários com HAS e 25 são usuários com DM.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a 95% cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 e 1.2: cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial à Diabetes Mellitus.

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Cadastrar todos os usuários com DM e HAS da área de cobertura da unidade de saúde.

- Monitorar a cobertura dos usuários com DM e/ou HAS mensalmente.

Detalhamento das ações: Avaliar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados periodicamente. O médico e a enfermeira farão monitoramento periódico do número de hipertensos e diabéticos cadastrado no programa com atualização no livro de registro e do sistema.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento das ações: A enfermeira junto com a técnica de enfermagem vai fazer um registro com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa até agora. O registro será disponibilizado no livro e no sistema computadorizado.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O acolhimento será uma atividade coletiva de toda a equipe tanto para os usuários do projeto como das demandas espontânea, ainda não temos recepcionista, a enfermeira os recebe na unidade móvel, fazendo triagem dos mesmos, teste de HGT e fazendo orientações sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida como uma melhor dieta alimentar, atividades da importância de seu comparecimento as consultas programadas, os usuários aguardarão na sala de espera do centro comunitário onde serão atendidos de forma individual pela médica.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A médica realizará um levantamento por escrito à secretaria de saúde com todos os materiais necessários para o desenvolvimento da atividade como fita métrica, balança de adulto com medidor de altura e tensômetro com manutenção recente pela empresa encarregada do serviço para a fidelidade dos dados e aparelho para realização do HGT.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira vão realizar capacitação das ACS e a equipe para que possam explicar de forma certa à comunidade.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento das ações: O enfermeiro da unidade e a médica serão responsáveis pela divulgação a toda a comunidade através de cartazes que serão colocados na unidade móvel, no centro comunitário, no transporte escolar dessa comunidade rural que tem acesso a toda a área de abrangência e através das visitas domiciliares das ACS encarregadas de oferecer medidas de prevenção e rastrear indivíduos com mais de 18 anos que pelo menos uma vez ao ano verificaram sua pressão arterial, agendar consulta de controle com o médico para aqueles suspeito de serem portadores de hipertensão, realização de HGT para aqueles com pressão

arterial de ou acima de 135/80mmHg verificar o aparecimento do mesmo à consulta agendada e informar da existência e importância do programa.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações: O enfermeiro da unidade e a médica serão responsáveis pela divulgação a toda a comunidade através de cartazes que serão colocados na unidade móvel, no centro comunitário, no transporte escolar dessa comunidade rural que tem acesso a toda a área de abrangência e através das visitas domiciliares das ACS encarregadas de oferecer medidas de prevenção sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a ACS para cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência.

Detalhamento das ações: Atividade será realizada no âmbito da ESF-1 por enfermagem e ACS da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento das ações: Os temas abordados serão o preenchimento do cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, nas sextas-feiras depois da reunião da equipe.

Objetivo2: Melhorar a qualidade de atenção à hipertensão e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: será feito através de conversas com os profissionais que realizam o atendimento a esse grupo como médico, enfermeira, nutricionista e psicóloga;

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento das ações: Isso se dará nas reuniões de equipe realizadas semanalmente;

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Isso se dará nas reuniões de equipe realizadas semanalmente. Capacitação dos profissionais será feita de acordo com os protocolos adotados pelas Unidades e Cadernos Básicos. A médica é responsável por esta ação.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento das ações: A secretaria de saúde será responsável pela liberação de cada profissional da equipe médica com periodicidade para suas atualizações de uma vez ao mês.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: A Secretaria de saúde garantirá a disponibilidade do protocolo atualizado de HAS e DM. A enfermeira da equipe será encarregada de imprimir uma versão da mesma para a nova ESF.

Engajamento público

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Orientar os usuários nas consultas, visitas domiciliares e nas palestras, quanto os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: Capacitação da equipe será feita pelo enfermeiro e médico para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Avaliar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento das ações: Fazer reunião com gestor municipal para garantir solicitação dos exames complementares, com prioridade para usuários hipertensos e diabéticos da área abrangência e estabelecer um sistema de alerta os exames preconizados.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento das ações: Garantia pelo médico, a solicitação dos exames complementares e pela ACS sua marcação prioritária.

Ação: Garantia pelo médico, a solicitação dos exames complementares e pela ACS sua marcação prioritária.

Detalhamento das ações: Fazer reunião com gestor municipal para garantir solicitação dos exames complementares, com prioridade para usuários hipertensos e diabéticos da área abrangência e estabelecer um sistema de alerta os exames preconizados.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: Garantia pelo médico, a solicitação dos exames complementares e pela ACS sua marcação prioritária.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: Orientar os usuários nas consultas, visitas domiciliares e na comunidade, com palestras por toda a equipe, quanto às necessidades de realização dos exames complementares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: Orientar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade e pelo gestor municipal, para a solicitação e realização dos exames complementares, sendo responsável, médico e enfermeiro.

Meta 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos de Farmácia Popular para o 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA através das carteirinhas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Garantir junto ao pessoal da farmácia e gestores da unidade o estoque de medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados, mantendo um registro das necessidades de medicamentos de forma periódica.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Orientar os usuários nas consultas, visitas domiciliares e na comunidade, quanto ao seu direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, e alternativas que tem para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas de obter seus medicamentos todos os meses, garantidos com a carteirinha na Farmácia Popular /HIPERDIA.



Meta 2.7 e 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Buscar e monitorar de forma ativa pela equipe na consulta e visita domiciliar aos hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento da ação: Programar reunião com odontóloga e gestor municipal para organizar ação para avaliação das necessidades de atendimentos odontológicos e garantir material adequado suficiente para o atendimento desta demanda.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Organizar com ACS e Auxiliar dental, o agendamento de forma organizada dos usuários hipertensos e diabéticos da área.

#### Engajamento público

Ação: Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Orientar os usuários nas consultas, visitas domiciliares e nas palestras, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos e diabéticos.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe com temas dos riscos da saúde bucal, para orientar os usuários sobre a necessidade do atendimento odontológico aos usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta 3.1 e 3.2 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento das ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, com revisão periódica da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações: Programar visitas domiciliares pelas ACS em busca de faltosos. E organizar uma agenda para acolher os hipertensos e diabéticos das buscas domiciliares.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: Informar na comunidade e grupos de HIPERDIA, sobre a importância da realização das consulta e periodicidade recomendada. Oferecer espaços para que a comunidade possa ser ouvida.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe com temas sobre a importância da prioridade das consultas e quantas complicações, pode evitar.

Objetivo4: Melhorar o registro de informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Monitorar a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos com periodicidade, sendo responsável médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço Ação:

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento das ações: Manter as informações da SIAB atualizado.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento das ações: Implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações com visualização para as situações de alerta.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento das ações: Definir em equipe o profissional que será a responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: Será implantado um livro de incidência com os dados de alerta e onde todas as sexta feiras, na reunião da equipe, serão de absoluta obrigatoriedade informar e registrar no livro a incidência ou sinalizando o hipertenso que estiver com consulta atrasada e/ou exames complementares ou que não tenha feito estratificação de risco, sendo responsável pela ação a médica, enfermeira e ACS.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações: Através da equipe toda, informar na comunidade, através das palestras, nas consultas, visitas domiciliares e grupos de HIPERDIA, sobre seu direito em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento das ações: Capacitar equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético e do hipertenso.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e Diabéticos com risco para Doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2. Realizar por toda a equipe, estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no âmbito da consulta, visita domiciliar, nas atividades de grupos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações: Monitorar por toda a equipe pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, ao número de usuários hipertensos e diabéticos na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento das ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como alto risco agendando por toda a equipe, no registro das informações com situações de alerta de forma organizada, o atendimento desta demanda.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Destinar vagas para o atendimento de usuários avaliados como de alto risco, com prioridade.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações: Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, oferecendo através de palestras na comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como uma alimentação saudável, também das consultas e nas visitas domiciliares.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento das ações: Realizar capacitação da equipe sobre a realização desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para o registro adequado desta avaliação e em estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### Objetivo 6. Promoção de saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Realizar e monitorar toda a equipe, orientação nutricional ao número de usuários hipertensos e diabéticos na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação junto com a nutricionista.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações: Reunião com gestor municipal para envolver nutricionista nesta atividade.

#### Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Orientar pela equipe e nutricionista, os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável nas comunidades, na consulta, na visita domiciliar, atividades de grupos e nas consultas individuais com a nutricionista.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe pela nutricionista, sobre prática de alimentação saudáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe sobre a metodologia de educação em saúde no âmbito da UBS.

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Monitorar e orientar a todos a realização para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento das ações: Organizar práticas coletivas para orientações de atividades físicas.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: Reunião com gestor municipal para envolver educadora física nesta atividade.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares, na comunidade sobre a importância da prática de atividade física na comunidade, na consulta, no domicílio e grupo de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe sobre promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

Meta 6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento das ações: Realizar monitoramento aos usuários hipertensos e diabéticos na consulta e visita domiciliar, sobre os riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento das ações: Reunião com gestor municipal para garantir a compra de medicamentos para o tratamento do (abandono ao tabagismo) e envolver a psicóloga nesta atividade.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações: Orientação por toda a equipe e psicóloga aos hipertenso e diabético tabagista e seus familiares sobre a existência do tratamento de abandono do tabagismo e consulta individualizada com psicóloga e no grupo de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para acompanhar o tratamento de usuários tabagistas no âmbito da UBS pela psicóloga e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento das ações: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos na consulta, visita domiciliar na comunidade e no grupo de HIPERDIA, sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações: Reunião com gestor municipal para garantir a recursos necessários para o atendimento da demanda e envolver a odontóloga nesta atividade. Também será feita reunião com Odontóloga e Auxiliar Dental para agendamento organizado das consulta desta demanda.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Orientação por toda a equipe e odontóloga aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre importância da higiene bucal nos atendimentos na comunidade, na consulta, no domicílio, na consulta individual de odontologia e o grupo de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre a higiene bucal no âmbito da UBS.



### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção iremos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Utilizaremos as fichas de Hipertensos e Diabéticos que estamos criando com o novo cadastro de todos estes usuários e para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será preciso complementar com dados que não contém a ficha como, se tem atendimento odontológico e nutricional e se realizam atividade física. Estimamos alcançar 95% da cobertura de hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Faremos contato com o gestor Municipal para imprimir as fichas espelhos de hipertensos e diabéticos onde terão todos os dados que precisamos. Para o acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

A partir do momento que implantarmos o registro específico, a técnica de enfermagem, revisará o livro de registro de consultas, identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram à unidade de saúde pra consulta nos últimos 3 meses. O profissional localizará o prontuário e transcreverá informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exame clínico e exames complementares em atraso. Para acontecer o monitoramento periódico do número de hipertensos e diabéticos cadastrado no programa com atualização no livro de registro e do sistema, o médico e a enfermeira da equipe, farão o registro com o cadastramento semanal de captações novas de usuários hipertensos e diabéticos com o registro e com a ficha espelho de todos os usuários já cadastrados. Assim, ficará mais organizada a qualidade de hipertensos e diabéticos cadastrados ao mês.

A fim de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a médica e a enfermeira farão revisão da ficha clínica do usuário e monitorará a

realização do exame clínico anual para todos os usuários. Será feita esta ação em nossa unidade e com uma periodicidade mensal através do registro na planilha de coleta de dados dos usuários para mantê-lo atualizado. Assim como revisarão a ficha clínica do usuário mensalmente e monitorará a realização dos exames complementares anual para todos os usuários. Será feita esta ação em nossa unidade e com uma periodicidade mensal através do registro na planilha de coleta de dados dos usuários para mantê-lo atualizado. A equipe também garantirá monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA através da carteirinha. A médica e a Enfermeira realizará atualização da carteirinha cada três meses do usuário hipertenso e diabético, e monitorará uma vez ao mês medicamento na farmácia popular junto ao profissional responsável da farmácia, garantindo sua existência e atualização. Com isso, a equipe odontológica junto com a médica e a enfermeira da unidade, programarão uma agenda compartilhada para os usuários hipertensos e diabéticos. À partir do segundo mês, todos dias da semana pra hipertensos e diabéticos na ESF.

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, a médico e a enfermeira farão monitoramento semanal, de análise das fichas clínicas do usuário e do prontuário clínico, na própria unidade de saúde. A médica e a enfermeira da unidade, examinará a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com atrasos nas consultas, no exame clínico e complementares. A análise será toda semana, depois da reunião de equipe, aproveitando e informando as ACS, que farão busca ativa dos usuários hipertensos e faltosos e deixando uma agenda programada para estes usuários provenientes de busca ativa. Priorizando os usuários que necessitam de avaliação com cardiologista.

Afim de, melhorar o registro das informações a nossa técnica de enfermagem será capacitada para que leve ou registro de todos os usuários crônicos (HAS, DM). Iremos manter as informações atualizadas das pessoas cadastradas em relação número de consulta, tratamento, resultados das análises. Os Agentes de saúde irão orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

A médica e a Enfermeira fará o monitoramento de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano ao número de usuários hipertensos e diabéticos na consulta e visita domiciliar. Será feita a cada visita Domiciliar e Consulta programada. A médica e a enfermeira orientarão os usuários sobre os



fatores de riscos destas doenças e orientam como prevenir complicações. Esta ação também será feita no centro comunitario da área, toda última quinta-feira à tarde do mês.

Para organizar práticas coletivas sobre alimentação, monitorar e orientar a realização para atividade física regular. A médica, enfermeira, nutricionista e educadora física, realizarão atividade educativa através de palestras e reprodução de vídeos, e exposição de folders sobre alimentação saudável e prática de exercícios no centro comunitário, para os usuários hipertensos e diabéticos. A médica, enfermeira e odontóloga realizarão orientações da saúde bucal na comunidade mensalmente, na sexta-feira à tarde, durante uma hora, onde também capacitará a equipe com temas dos riscos da saúde bucal, para orientar os usuários sobre a necessidade do atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.











### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

O objetivo do trabalho foi Melhorar a Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí /RS.

O trabalho foi estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas, mas, por orientação da coordenação do curso, a intervenção durou 12 semanas. As ações previstas na intervenção foram todas cumpridas de forma integral e divididas em 04 eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Em quanto a monitoramento e avaliação, todas ações foram cumpridas de forma integral, foram cadastrados 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, todos estão com exames clínicos em dia, de acordo com o protocolo e, enquanto aos exames complementares, foram avaliados aqueles que tinham em dias e outros receberam solicitações para sua realização, como dificuldade, teve o laboratório de referência em greve que atrasaram um pouco o agendamento e a realização dos exames de algum deles, mas felizmente deram solução imediata ao problema além de se cadastrar na última semana não dando tempo sua avaliação até encerrar a intervenção e foi com os resultados que nossa intervenção que podemos dar continuidade. Todos os usuários hoje estão recebendo os medicamentos da farmácia-popular de HIPERDIA, somente para um deles diabéticos tipo II controlado que fazem tratamento não medicamentoso, foi realizado através de um processo o pedido de medicamentos de alto custo para usuários por ter patologia cardiovascular associada e felizmente hoje estão recebendo por nossa farmácia, sem custo algum e garantindo a efetiva eficácia do tratamento, com verificação da validade dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS. Todos os usuários, foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico, foi possível a busca ativa de todos

os que faltavam, graças ao trabalho das ACS e do transporte disponibilizado para nossa gestão, registros adequados nas fichas de acompanhamento, nas fichas espelho e coletas de dados. A estratificação de risco cardiovascular não foi possível alcançar 100% da classificação porque tivemos como dificuldade, o aparelho de realizar eletrocardiograma estragado, dependendo de outra unidade com maior demanda, ficando em atraso junto com pendências dos exames complementares para sua avaliação, faltando quatro hipertensos e três diabéticos. Foi realizado para todos os usuários, orientações nutricionais, orientações sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, higiene bucal e o malefício do hábito de fumar, alcançando mudanças para ter estilo de vida mais saudável.

Em quanto à organização e gestão do serviço, nossa intervenção foi desenvolvida com sucesso, sendo realizadas todas as ações planejadas, com apoio dos gestores, garantiu-se a logística para que os resultados do trabalho fossem positivos. E para oferecer um serviço de qualidade, com satisfação dos usuários definindo atribuições de cada membro da equipe na ação programática a desenvolver estabelecendo periodicidades, foi apresentado o Protocolo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos que ficará disponível na ESF e garantido o controle dos estoques de medicamentos. Apesar de não ter um suporte de assistência odontológica em nossa equipe, não tivemos dificuldades com o atendimento, graças ao trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1 que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA com participação de outros usuários da comunidade e com o apoio do transporte, disponibilizado pela gestão de saúde e pelo trabalho de toda a equipe, foi possível a visitas domiciliares para a busca de aquele que não compareceram a consulta, informações da SIAB atualizado com responsável pelo monitoramento dos registros e implementação de registro das informações com visualização para as situações de alerta. Foi estabelecida prioridade no atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Foram organizadas práticas coletivas sobre educação em saúde em conjunto ao gestor parcerias institucionais para envolver todos os profissionais nesta atividade.

Em quanto engajamento público, com o apoio do transporte, disponibilizado pela gestão de saúde e pelo trabalho de toda a equipe, foi possível realizar a divulgação do projeto com uma aceitação impressionante de todos e Informar e orientar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a



partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes em quanto à periodicidade com que deviam ser realizados os exames complementares, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, foram orientados sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal da prioridade das consultas e seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário todos receberam orientações sobre promoção de saúde

Em quanto à qualificação da prática clínica, garantimos uma boa capacitação para os profissionais da equipe com temas relacionados com as ações programáticas onde foram esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os diferentes temas das capacitações, além disso, capacitamos à equipe na tomada de PA e HGT, e a priorização dos medicamentos que são usados para estes usuários, através da farmácia popular e como oferecer informação aos usuários, sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia-Popular/HIPERDIA.

Como dificuldade, no início para mim, foi bem difícil pelo idioma e a tecnologia e para toda nossa equipe, já que estávamos iniciando o trabalho numa ESF de nova formação, na área rural do município, com difícil acesso, desassistido de consultas médicas agendadas, porque não estava cadastrado no sistema, hoje, tudo isso mudou para bem. Hoje temos bem delimitada nossa população e a realidade de sua situação de saúde, o que foi nossa inspiração para nosso projeto, além do não completamente da equipe, ainda hoje sim, a técnica de enfermagem e com uma equipe odontológica para duas ESF e trabalhando em uma unidade móvel, com pouca infraestrutura, mas graças ao esforço e motivação de nossa equipe, o resultado da intervenção deixa muito feliz e hoje é parte de nossa rotina de trabalho, com planejamento e organização dos serviços.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações previstas foram realizadas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Quanto à coleta e sistematização de dados, relativos à intervenção, no início as consultas estavam um pouco demoradas devido ao preenchimento das fichas espelhos, mas com o decorrer dos dias, e a rotina do trabalho, a atividade ficou menos demorada, com a planilha de coletas de dados, foi bem difícil entender como trabalhar com ela, já que a tecnologia foi um de nossos problemas, mas com ajuda de nossa orientadora, professores e supervisores, tudo foi possível, agradeço muito a eles.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A intervenção já faz parte de nossa rotina diária de trabalho. Nossa equipe continua com a busca ativa de usuários com risco destas doenças e portadores da mesma, de usuários faltosos, pendentes do resultado dos exames laboratoriais e da classificação de risco cardiovascular, o acolhimento continua sendo uma de nossas ferramentas primordiais para o bom desenvolvimento das consultas, além do oferecimento de orientações de saúde aos usuários na sala de espera, sobre a importância do acompanhamento destas patologias e esclarecer aos portadores de hipertensão, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Continuou realizando o exame clínico completo, indicação e avaliação dos exames complementares, classificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia-popular, segundo o protocolo do ministério da saúde, assim como avaliação odontológica, oferecendo orientações da importância da saúde bucal, orientações nutricionais, malefícios do tabagismo e prática de exercícios físicos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nosso objetivo geral foi melhorar a atenção aos usuários HAS e/ou DM da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS.

Temos uma população total de 1216 usuários, com uma estimativa de 102 usuários hipertensos e 25 usuários diabéticos, segundo o CAP. Ao final da intervenção, foi possível cadastrar 100% dos usuários e desenvolver todas as ações propostas com resultados satisfatórios durante as 12 semanas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Descrição quantitativa:

Como mostra a Figura 1, nossa proposta foi de cadastrar o 95% do total de usuários hipertensos da área de abrangência, sendo possível alcançar o 100% dela. Durante o primeiro mês da intervenção, garantimos cadastrar 49 (48%) quase a metade da estimativa de usuários hipertensos da área, o segundo mês atingimos 86 (84,3%) e no terceiro mês, chegamos a 102 (100%) da estimativa de usuários hipertensos de nossa área de abrangência.

Descrição qualitativa:

Nossa intervenção foi desenvolvida com sucesso, sendo realizadas todas as ações planejadas, ao início da mesma equipe, com apoio dos gestores, garantiu a logística para que os resultados do trabalho fossem positivos e para oferecer um serviço de qualidade com satisfação dos usuários, com o apoio do transporte

disponibilizado pela gestão de saúde e pelo trabalho de toda a equipe pela busca ativa das ACS e líderes da comunidade, foi possível realizar a divulgação do projeto com uma aceitação impressionante de todos.

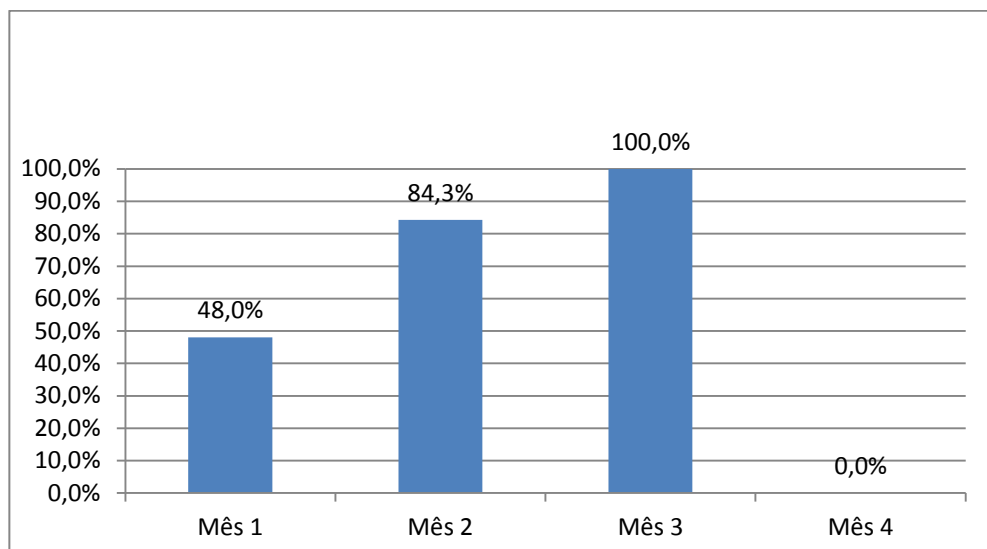


Figura 1. Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Barra de Quaraí-RS- 2015

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Descrição quantitativa:

Como mostra a figura 2, nossa proposta foi de cadastrar o 95% do total de usuários diabéticos da área de abrangência, alcançando também 100%. Durante o primeiro mês da intervenção garantimos cadastrar 9(36%),no segundo mês, atingimos 18 (72%) e no terceiro mês, chegamos a 25 (100%) da estimativa de usuários diabéticos de nossa área de abrangência.

Descrição qualitativa:

O resultado obtido se deve ao esforço e motivação de nossa equipe que hoje ainda a técnica de enfermagem, e com uma equipe odontológica para duas ESF e trabalhando em uma unidade móvel, com pouca infraestrutura. O resultado da

intervenção nos deixa muito feliz e hoje é parte de nossa rotina de trabalho, com planejamento e organização dos serviços.

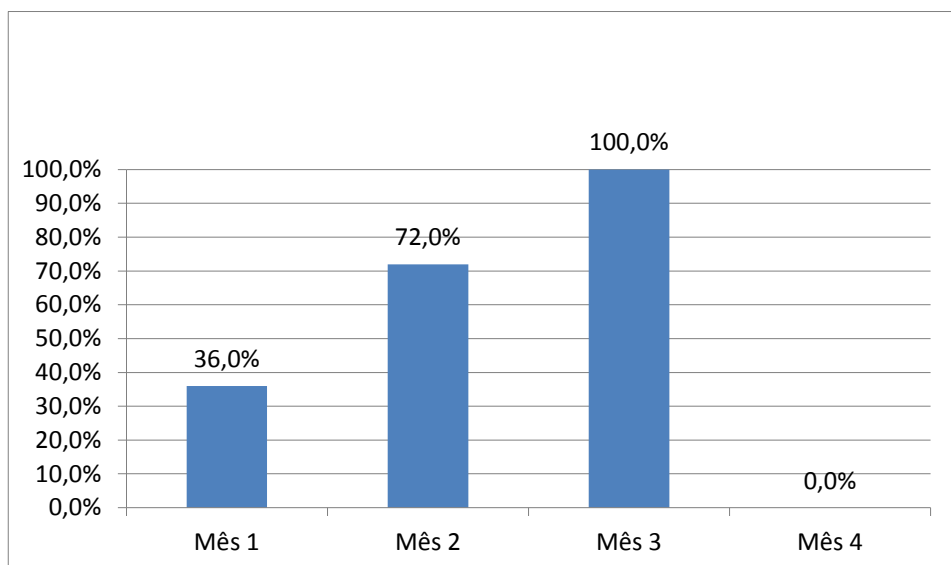


Figura 2. Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Barra de Quaraí - RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado periódicos em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa:

Foi possível realizar essa ação para 100% dos hipertensos cadastrados, durante o período da intervenção, o exame clínico adequado e de qualidade, de acordo com o protocolo e sem dificuldades, com registros adequados nas fichas de acompanhamento e nas fichas espelho. No primeiro mês da intervenção atingimos 49 (100%) usuários hipertensos cadastrados, foram examinados. No segundo mês, atingimos 86 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 102 (100%) usuários hipertensos, alcançando o total da estimativa de usuários hipertensos de nossa área de abrangência com exame clínico em dia.

Descrição qualitativa:

Os bons resultados adquiridos foram conseguidos devido o conhecimento e a boa capacitação dos profissionais e de todas as ferramentas garantidas pelos

gestores de saúde, para o bom desenvolvimento de cada ação programática de toda a equipe.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa:

Foi possível durante o decorrer da intervenção, em cada usuário diabético cadastrado, realizar o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Foi possível cadastrar o primeiro mês 9 (100%), no segundo mês, atingimos 18 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 25 (100%) de usuários diabéticos de nossa área de abrangência com exame clínico em dia.

Descrição qualitativa:

Foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos usuários cadastrados, devido ao profissionalismo, conhecimento, superação e comprometimento de cada integrante da equipe, com o cumprimento de cada ação programática.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa:

Como mostra a figura 3, foi possível atingir 100% das metas deste indicador. Durante os três meses da intervenção.

Descrição qualitativa:

Não foi possível alcançar a meta proposta já que os usuários pendentes foram cadastrados na última semana da intervenção, sendo necessário solicitar os exames complementares de acordo com o protocolo de saúde, não dando tempo sua avaliação até encerrar a intervenção.

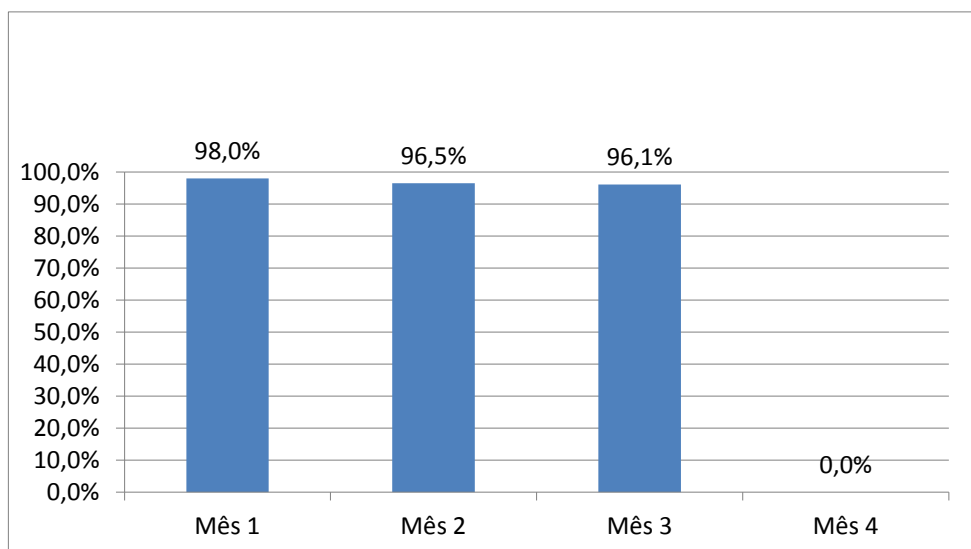


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Barra de Quaraí -RS- 2015.

.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa:

Como mostra a figura 4, foi possível atingir 100% das metas deste indicador. Durante os três meses da intervenção

Descrição qualitativa:

Não foi possível alcançar a meta proposta já que os usuários pendentes foram cadastrados na última semana da intervenção, sendo necessário solicitar os exames complementares de acordo com o protocolo de saúde, não dando tempo sua avaliação até encerrar a intervenção.

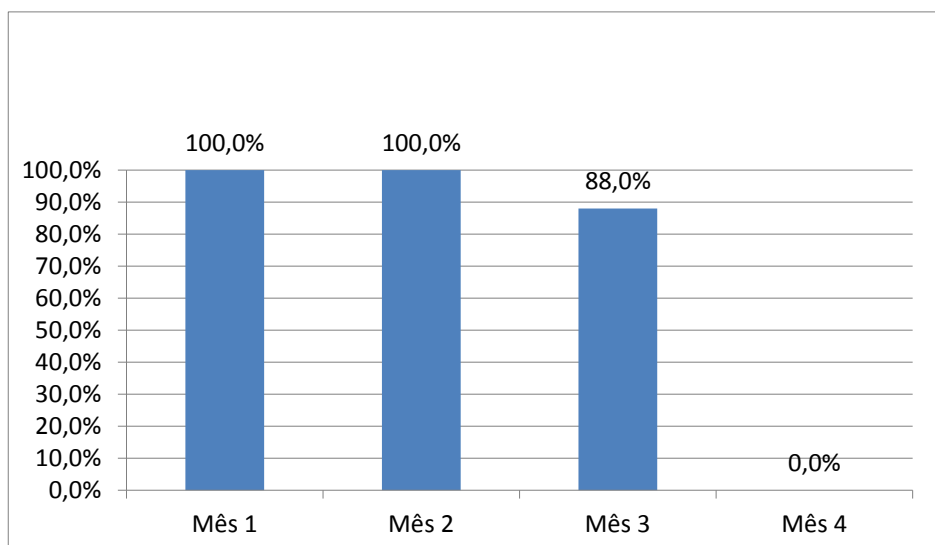


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Barra de Quaraí -RS- 2015.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Descrição quantitativa:

Como mostra a figura 5, conseguimos cumprir 100% desta meta no encerramento da intervenção. No primeiro mês 48 (98%), usuários hipertensos cadastrados receberam os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no segundo mês, atingimos 86 (100%) e no terceiro mês 102 (100%) com fornecimento de medicamentos da farmácia.

Descrição qualitativa:

Todos os usuários hoje estão recebendo os medicamentos priorizados da farmácia-popular/HIPERDIA. Os usuários e a comunidade em geral, foram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso.



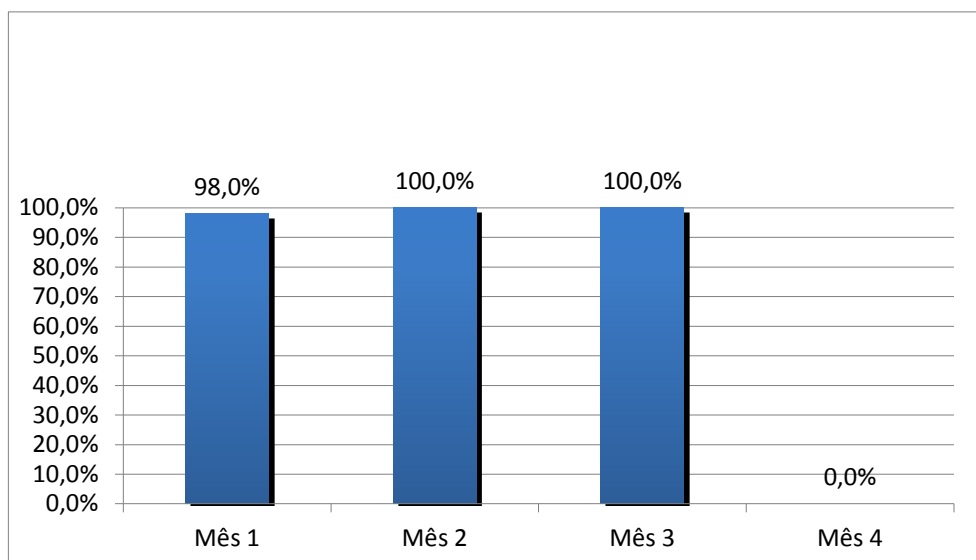


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF 2 Barra de Quarai -RS- 2015

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Descrição quantitativa:

Como mostra a Figura 6, neste indicador, conseguimos cumprir também o 100% desta meta no encerramento da intervenção. No primeiro mês, receberam com priorização, todos os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, 8 (88,9%) dos usuários diabéticos cadastrados, no segundo mês, atingimos 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%) usuários cadastrados.

Descrição qualitativa:

Todos os usuários diabéticos que precisam dos medicamentos da farmácia-popular de HIPERDIA estão recebendo. Os usuários e a comunidade em geral, foram orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso.

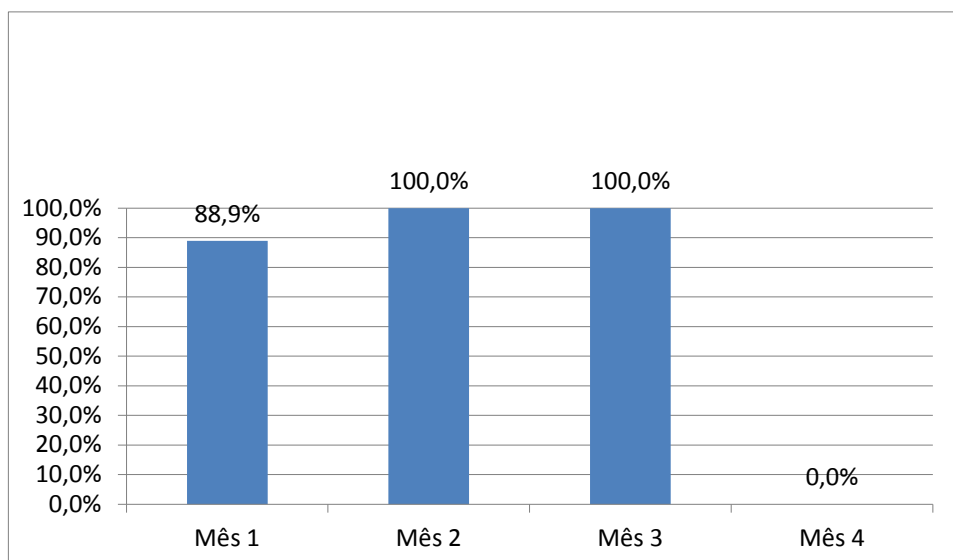


Figura 6 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF 2 Barra de Quaraí -RS- 2015

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição quantitativa:

Neste indicador, tivemos a meta alcançada em 100% dos usuários hipertensos cadastrados durante o período da intervenção. No primeiro mês, atingimos 49 (100%) dos usuários cadastrados, no segundo mês, 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%) dos usuários, o que representa o total de usuários cadastrados.

Descrição qualitativa:

Todos os usuários, foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico e apesar de não ter um suporte de assistência odontológica em nossa equipe, não tivemos dificuldades com o atendimento, devido trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1, que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA com participação de outros usuários da comunidade.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Descrição quantitativa:

Esse indicador foi alcançado também em 100% dos usuários diabéticos cadastrados durante o período da intervenção. No primeiro mês, atingimos 9 (100%) dos usuários cadastrados foram avaliados, no segundo mês 18 (100%) e no terceiro mês 25 (100%), o que representa o total de usuários cadastrados.

Descrição qualitativa:

Todos os usuários diabéticos, foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico e apesar de não ter um suporte de assistência odontológica em nossa equipe, não tivemos dificuldades com o atendimento, devido ao trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1, que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA, com participação de outros usuários da comunidade. Também é bom destacar que graças ao esforço e comprometimento de toda a equipe, tendo as ACS como um pilar fundamental para nosso projeto, o apoio dos gestores e líderes da comunidade, hoje temos resultados gratificantes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Descrição quantitativa:

Foi feita a busca ativa de todos os usuários faltosos à consulta. No primeiro mês, foi necessário realizar a busca ativa a 5 (100%), no segundo mês, 7(100%), fechando o terceiro mês com um total de 8(100%) usuários faltosos.

Descrição qualitativa:

É bom destacar que esta meta não seria possível cumprir sem o trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde para que nosso trabalho se desenvolvesse sem dificuldades. Por tratar-se de uma área rural, com difícil de deslocamento dos usuários.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Descrição quantitativa:

Foi feita a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. No primeiro mês, felizmente não foi necessária a busca de usuários diabéticos, pois não teve faltosos, no segundo mês, realizou a busca de 1 (100%) faltoso, no terceiro mês da intervenção, 6 (100%) faltosos com busca ativa.

Descrição qualitativa:

Devido ao trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde, foi possível a busca ativa dos usuários, desenvolvendo sem dificuldades nossa intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição quantitativa:

Esta meta foi cumprida durante os três meses da intervenção 100% dos usuários hipertensos. No primeiro mês, atingimos 49 (100%) de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês, 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%).

Descrição qualitativa:

Inicialmente, as consultas resultavam um pouco demoradas, pelo o preenchimento das fichas espelhos, mas com o passar dos dias, e a rotina do trabalho, a atividade ficou menos demorada, e com o comprometimento da equipe, todos foram possíveis.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

#### Descrição quantitativa:

Esta meta foi cumprida durante os três meses da intervenção 100% dos usuários diabéticos. No primeiro mês, atingimos 9 (100%) de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês, 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%).

#### Descrição qualitativa:

Esta meta foi cumprida durante os três meses da intervenção em 100% dos usuários diabéticos. Inicialmente, a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção no início, as consultas restavam um pouco demoradas, pelo o preenchimento das fichas espelhos, mas com o passar dos dias e a rotina do trabalho, a atividade ficou menos demorada, e com o comprometimento da equipe, todos foram possíveis.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

#### Descrição quantitativa:

Como mostra a Figura 7, não foi possível atingir 100% deste indicador. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham permitindo a classificação de baixo moderado e alto risco o encaminhamento para especialista dos que precisavam. No primeiro mês, atingimos 48 (98%) dos usuários hipertensos cadastrados. No segundo mês, atingimos 83 (96,5%) e no terceiro mês, 98 (96,1%) dos hipertensos da área de abrangência, ficando com pendência só três deles.

#### Descrição qualitativa:

Este indicador foi afetado já que os exames complementares e eletrocardiograma foram avaliados aqueles que tinham em dias e outros receberam solicitação para sua realização, porque chegavam à consulta anual sem exames. Não foi possível atingir 100% dos resultados pela dificuldade, pois o laboratório de referência esteve em greve, e atrasaram o agendamento e sua realização e cadastro, outra dificuldade foi na realização dos eletrocardiogramas, pois na última

semana da intervenção, o aparelho foi estragado, dependendo de outra unidade com maior demanda.

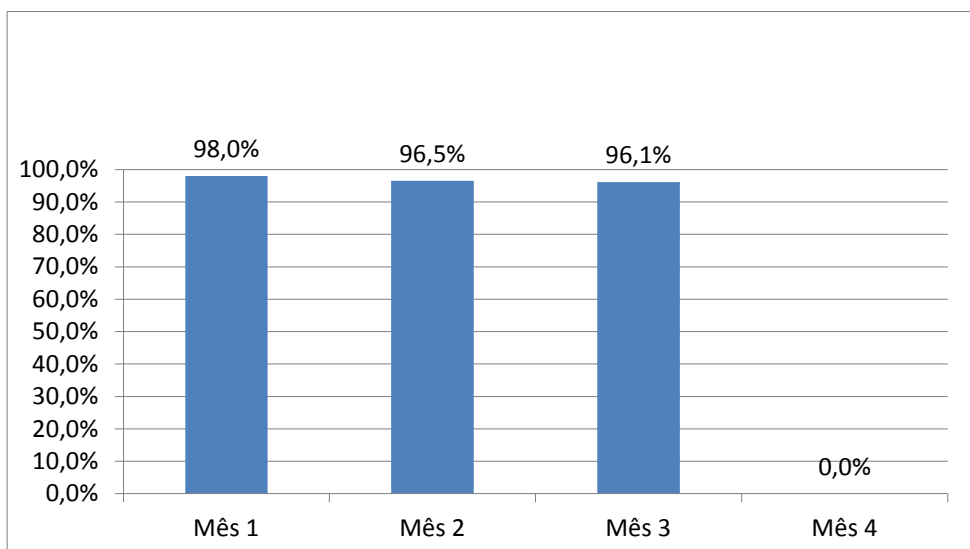


Figura 7. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Barra de Quaraí -RS- 2015.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Descrição quantitativa:

Como mostra na Figura 8, outro indicador onde não foi possível atingir 100% das metas. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham permitindo a classificação de baixo moderado e alto risco e encaminhamento para especialista dos que precisaram. No primeiro mês foram cadastrados 9 (100%) dos diabéticos, no segundo 18 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 22 (88%).

Descrição qualitativa:

Este indicador não foi possível alcançar as metas proposta, já que os usuários pendentes foram cadastrados na última semana da intervenção, sendo necessário solicitar os exames complementares e eletrocardiograma, de acordo com o protocolo de saúde, não dando tempo sua avaliação até encerrar a intervenção.

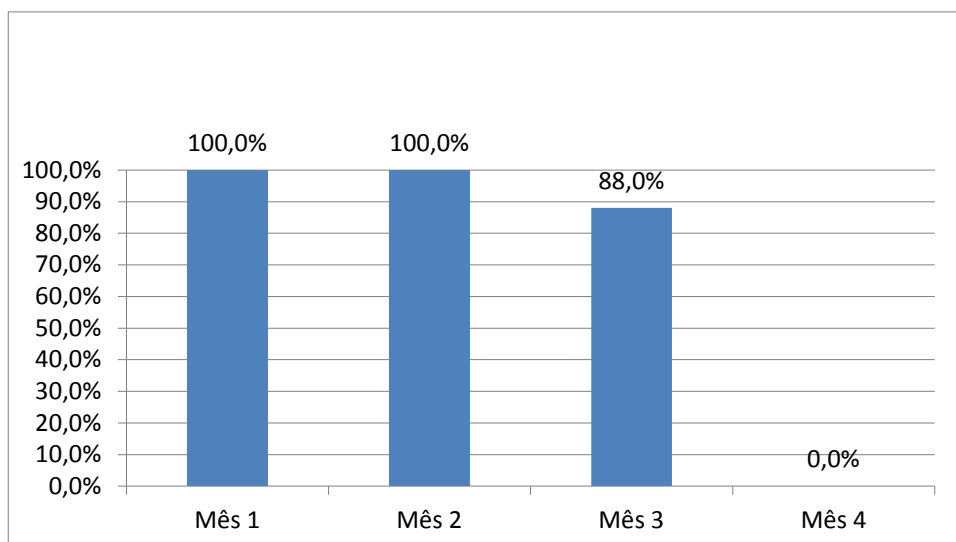


Figura 8. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Barra de Quaraí-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Descrição quantitativa:

Meta cumprida 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, atingimos 49 (100%), no segundo mês, 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%) dos usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição qualitativa:

Todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, sendo possível a realização desta atividade devido a capacidade dos profissionais da equipe e serem capazes de orientar aos usuários de forma adequada, tanto na consulta individualizada, como na comunidade, como na atividade do grupo e devido ao trabalho integrado com a nutricionista, oferecendo consulta individualizada aos usuários que precisaram e nas atividades do grupo e com participação em nossa reunião da equipe para avaliação dos usuários.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Descrição quantitativa:

Meta cumprida 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, atingimos 9 (100%), no segundo mês, 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%) dos usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição qualitativa:

Meta cumprida 100% durante os três meses da intervenção. Todos os usuários diabéticos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, sendo possível a realização desta atividade com a capacidade dos profissionais da equipe e serem capazes de orientar aos usuários de forma adequada tanto na consulta individualizada, como na comunidade, como na atividade do grupo e devido ao trabalho integrado com a nutricionista, oferecendo consulta individualizada aos usuários que precisaram e nas atividades do grupo e com participação em nossa reunião da equipe para avaliação dos usuários.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Descrição quantitativa:

Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 49 (100%), no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os usuários hipertensos receberam orientações em relação à prática regular de atividade física, através da consulta individualizada, coletiva e em visitas domiciliares, já que toda a equipe foi capacitada para que as orientações fossem oferecidas com clareza aos usuários.



Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Descrição quantitativa:

Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 9 (100%), no segundo mês 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os usuários diabéticos receberam orientações em relação á prática regular de atividade física, através da consulta individualizada, coletiva e em visitas domiciliares, já que toda a equipe foi capacitada para que as orientações fossem oferecidas com clareza aos usuários.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição quantitativa:

Indicador foi alcançado 100% das metas durante todos os meses que foram desenvolvidos na intervenção. Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 49 (100%), no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre os malefícios do hábito de fumar, nas consultas individualizadas, coletivas, através das visitas domiciliares pelas ACS capacitadas pela psicóloga que também acompanha aqueles que estão em abandono deste hábito, sendo solicitada pela secretaria de saúde a compra de medicamento para ajudar ao tratamento de abandono do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição quantitativa:

Indicador foi alcançado 100% das metas durante todos os meses que foi desenvolvida a intervenção. Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 9 (100%), no segundo mês 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os usuários diabéticos cadastrados receberam orientações sobre os malefícios do hábito de fumar, tendo sido nas consultas individualizada, coletivas, através das visitas domiciliares pelas ACS capacitadas pela psicóloga que também acompanha aqueles que estão em abandono deste hábito, sendo solicitada pela secretaria de saúde a compra de medicamento para ajudar ao tratamento de abandono do tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Descrição quantitativa:

Meta cumprida, 100% nos três meses. Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 49 (100%), no segundo mês 86 (100%) e no terceiro mês, 102 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal e foram avaliados com a necessidade de atendimento odontológico e apesar de não ter um suporte de assistência odontológica em nossa equipe, não tivemos dificuldades com o atendimento, devido ao trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1 que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA, com participação de outros usuários da comunidade. As orientações foram oferecidas em consultas individualizadas, coletivas e em visitas domiciliares.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Descrição quantitativa:

Indicador foi alcançado 100% das metas durante todos os meses que foi desenvolvida a intervenção. Esta meta que foi alcançada 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês, 9 (100%), no segundo mês 18 (100%) e no terceiro mês, 25 (100%).

Descrição qualitativa:

Todos os diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal e foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico e apesar de não ter um suporte de assistência odontológica em nossa equipe. Não tivemos dificuldades com o atendimento, devido ao trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1 que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA com participação de outros usuários da comunidade.

## **4.2 Discussão**

Evidentemente a intervenção melhorou a cobertura de usuários com hipertensão e diabetes da área rural do município, anteriormente desassistida pela saúde, somente ocorriam quando eles procuravam a UBS de forma espontânea e curativa, hoje isso mudou totalmente com o trabalho de nossa equipe que apesar de não estar completa, os resultados da intervenção foram satisfatórios, devido ao bom planejamento e organização do trabalho, hoje com um bom acolhimento com consultas de forma agendada, com reserva para a consulta espontânea, com atividade de promoção e prevenção, identificação e classificação de risco, evitando agravos de duas doenças e complicações cardiovasculares, neurológicas, renais e oftalmológicas, com busca ativa aqueles que por vezes não estavam comparecendo, com preenchimento adequado dos registros e a qualificação da atenção

Com a intervenção foi possível iniciar ações programáticas organizadas de acordo com o protocolo, melhorou os registros e a qualificação da atenção, todos os

diabéticos tipo I foram visitados os acamados e/ou usuários com dificuldade de locomoção e os cuidados preventivos para evitar complicações crônicas como as neuropatias, nefropatias e o risco de desenvolver o pé diabético. Em todas as consultas e nos grupos com os usuários hipertensos e diabéticos fornecemos orientações nutricionais e sobre prática regular de exercícios físicos e a importância de parar de fumar.

Para o início da intervenção se fez necessário a capacitação de toda a equipe seguindo todas as recomendações em quanto como fazer rastreamento, preenchimento dos dados, identificação de risco, diagnóstico, tratamento e monitoramento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos seguindo orientação do Ministério da saúde com integralidade de toda a equipe que gerou a organização dos serviços, desde o bom acolhimento, agendamento, atendimento e acompanhamento dos usuários todos a intervenção acabou tendo impacto o resto dos programas como atenção ao idoso, a mulher, as gestantes e lactantes.

A intervenção resultou de importância para nosso serviço, já que permitiu uma melhor organização no número de consultas agendadas hoje supera a demanda espontânea como acontecia anteriormente, a equipe ganhou em conhecimento, dando prioridade de atendimento, aqueles usuários hipertensos e diabéticos segundo a classificação de risco, permitindo também a realização dos exames complementares segundo periodicidades e prioridade, e garantir o estoque de medicamento da Farmácia- Popular/HIPERDIA. Também foi importante, devido à incorporação das ACS, a técnica de enfermagem que estava faltando, como também demonstrou a necessidade de recontratar serviços com especialidades básicas, economizando custo e oferecendo qualidade dos serviços e do atendimento.

Para nossa comunidade, já era uma satisfação ter uma ESF de nova formação para o atendimento da área rural, anteriormente desprotegida e a intervenção chegou para impactar, qualificando a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos que se mostra com muita gratidão pela prioridade no atendimento e acompanhamento, também com a satisfação da criação do grupo de HIPERDIA, desenvolvendo atividades integradas com os profissionais da saúde, nutricionista, psicóloga, assistência social e odontologia, apesar de alcançar o 100% da cobertura, a equipe continua trabalhando na busca ativa de usuários hipertensa e diabética.

Se fosse hoje o início da intervenção, teria feito diferente com o material de cadastros, que hoje possuo em mãos, poderia assim fazer uma análise situacional e

então eu discutiria esta questão com minha equipe, inclusive referente as ideias de atividades para desenvolver que tinha em mente. Visto uma tática de critérios e prioridade de atenção para realização do projeto, teria também discutido com a comunidade, tendo consenso com o público alvo, assim, creio que houvesse um maior desenvolvimento das ações programáticas. Agora que estamos no final da intervenção, percebemos a importância e a integralidade da equipe para superar as dificuldades que foram se apresentando durante a intervenção.

A intervenção já está incorporada em nossa rotina, as dificuldades foram sempre presentes, mas superamos. Dentre outros esforços, o que mais investimos, foi na articulação da equipe. Temos hoje, uma comunicação de qualidade interna, assim resolvemos com a participação de todos.

Assim que forem incorporadas as ACS, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, idosos, saúde da mulher, saúde do homem, e saúde da criança.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Como proposta do curso de Especialização em saúde da Família da UNASUS-UFPEL, este relatório está feito com o objetivo de informar os gestores sobre os resultados do trabalho de intervenção. O presente trabalho foi feito para melhorar a Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS Barra de Quaraí, Barra de Quaraí/RS. Busca-se assim melhorar a adesão, os registros das informações de hipertensos e diabéticos ao programa, mapear usuários de risco para doença cardiovascular e promover a saúde.

Temos uma população total de 1216 seguem CAP, com uma estimativa de pessoas com mais de 20 anos ou mais (67% da população total) com 102 usuários hipertensos (22,7% da população total), e 25 usuários diabéticos (5,6% da população total). Após a intervenção, foi possível cadastrar 100% dos usuários e desenvolver todas as ações propostas com resultados satisfatórios. A intervenção foi desenvolvido a partir dos quatro eixos pedagógicos: o monitoramento e avaliação, a organização e gestão de serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica.

Antes da intervenção foi feita uma análise situacional da unidade, onde a primeira Unidade trata-se da Análise da Situação de Saúde que avaliou a estrutura da UBS, os processos de trabalho e o estágio de implementação das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde a partir desta análise a equipe elegeu o tema da intervenção, por ser o principal problema de saúde da área de abrangência população que, anteriormente eram desassistidos de atendimentos agendados e programados. A segunda unidade é apresentada a Análises da Estratégia, onde foi construindo o projeto da intervenção. A terceira unidade é o relatório da intervenção reduzido em 12 semanas.

Todos os usuários hipertensos (49 no mês 1, 86 no mês 2 e 102 no mês 3) e diabéticos (9 no mês 1, 18 no mês 2 e 25 no mês 3) foram cadastrados. Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam exame clínico completo, prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Além disso, foi

realizada busca ativa de 100% dos usuários faltosos. A avaliação e a indicação de exames complementares atingiram 100% de sua indicação em hipertensos e diabéticos. A realização da estratificação de risco cardiovascular atingiu 96,1% dos usuários hipertensos e 88% dos diabéticos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos hipertensos e diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, contribuiu na organização da atenção de outros programas preconizados pela ESF, gestantes, lactantes, idosos e na organização de todos os serviços da UBS.

E com o apoio da gestão e o fornecimento do material necessário, iremos manter a cobertura e a qualidade do atendimento, portanto, a contribuição da gestão é primordial para que a saúde da população da ESF melhore ainda mais.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários, este relatório está feito, com a finalidade de que a comunidade de Barra de Quaraí conheça o resultado da intervenção e como está sendo incorporada à rotina do serviço e como pode apoiar para que a atenção cada dia seja melhor, fortalecendo o engajamento Público.

A intervenção foi realizada com os usuários hipertensos e diabéticos da ESF II Barra de Quaraí, na área rural do Município Barra de Quaraí. A intervenção teve uma duração de 12 semanas. O objetivo de nosso trabalho foi melhorar da Atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

Durante estes três meses de trabalho a equipe conseguiu cumprir com todas as ações propostas no cronograma, sem precisar fazer mudanças.

Para dar início intervenção foi necessária a divulgação do projeto que graças ao apoio dos gestores, foi possível realizar a mesma. Foi necessário semana a semana, capacitar os membros da equipe pelo Protocolo de Atenção Básica de Hipertensos e Diabéticos e outros temas de seu interesse para um melhor conhecimento e desenvolvimento das ações programáticas. Estas para serem desenvolvidas, contamos com o apoio das lideranças comunitárias, e foram oferecidas palestras sobre diversos temas relacionados à hipertensão e diabetes, no grupo de HIPERDIA e na comunidade.

Durante as 12 semanas foi possível cadastrar 102 hipertensos (100%) hipertensos e 25 diabéticos (100%), ou seja, a cobertura total da população portadora destas patologias. Além de melhorar o acesso, estávamos muito preocupados na qualificação da atenção e também nos propomos melhorar. Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam exame clínico completo, prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, avaliação da necessidade de



atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Além disso, foi realizada busca ativa de 100% dos usuários faltosos. A avaliação e a indicação de exames complementares atingiram 100% hipertensos e diabéticos. A realização da estratificação de risco atingiu 96,1% dos usuários hipertensos e 88% dos diabéticos.

Os atendimentos foram realizados todos de forma agendada e priorizada devido ao trabalho integrado da equipe e a participação ativa da comunidade. Apesar do não ter a equipe completa, sem técnica de enfermagem no final, com a desarticulação de uma ACS, também de não contar com uma equipe de odontologia só para nossa ESF, a pendência dos resultados dos exames complementares por depender de outras unidades de referencias mas os resultados da intervenção nos deixou muito felizes.

Com a realização da intervenção, além de melhorar a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência, incorporamos as ações desenvolvidas durante a intervenção a nossa rotina de trabalho, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção as gestante, idosos, crianças com apoio dos demais setores da saúde.

Podemos dizer que a intervenção alcançou os objetivos propostos, pois conseguimos aumentar a cobertura do atendimento em 100% dos usuários Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Assim como a qualidade do atendimento que melhorou e proporcionou qualidade de vida aos usuários do público alvo, destacando que sem o apoio da comunidade este projeto não houvesse sido desenvolvido, pois a comunidade é um elemento muito importante neste projeto e estamos muito agradecidos.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Para abordar o meu desenvolvimento no trabalho do curso, tenho que primeiramente fazer um relato às minhas expectativas no início do curso de especialização. De modo geral, pretendia adquirir conhecimentos da situação de saúde existente na minha unidade de saúde e no meu município, que me permitiram de alguma forma trabalhar nos temas que mais precisavam de mudanças. Para poder elevar a qualidade de saúde do município, tendo em conta, as dificuldades que existiam, e conseguir trabalhar em conjunto com toda a equipe de saúde, compartilhando as suas experiências de trabalho para conseguir nosso objetivo, ajudar a capacitação dos integrantes da equipe para um bom planejamento e cumprimento das ações programáticas, gerando mudanças.

Quanto a minha prática profissional, com a realização do curso, adquirir conhecimento científico, informática, assim como a gramática do idioma português. O curso teve um significado em minha vida profissional, pois me ajudou a planejar minhas ações e trabalhar de forma organizada e com os conhecimentos adequados para o manejo dos usuários na unidade e na comunidade com base nos protocolos adotados no Brasil.

Como aprendizados mais relevantes adquiridos ao longo do curso podem destacar que foi a experiência de aprendizagem a distância com compartilhamento de idéias com outros colegas e professores, conhecer os princípios do SUS, a carta de direito e deveres dos usuários, assim como trabalhar com os protocolos de atendimentos do SUS, também com a realização dos casos interativos da prática clínica, as reflexões e revisões Bibliográficas dos temas, assim como os TQC, que permitiram atualizar meus conhecimentos, a cada tema disponibilizado pelo curso, elevando meu compromisso com minha missão e meu país.

## **Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL





 **Especialização em  
Saúde da Família**  
Universidade Federal de Pelotas

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**  
**FICHA ESPELHO**

## Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]



## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante